

Rapport de décès

Instructions spécifiques (tirées du site Web du Centre de justice)

Au début du formulaire, il faut saisir le numéro de confirmation du rapport d'incident du centre de justice qui a été fourni par le VPCR au moment de la déclaration initiale du décès, ainsi que les informations d'identification du défunt au moment de son décès (nom complet, date de naissance, âge, sexe, origine ethnique, taille et poids).

Section 1: Déclaration de l'agence/établissement/programme de données

Cette section requiert des informations essentielles sur l'agence et le programme spécifique qui a servi l'individu : les noms, titres et numéros de téléphone du personnel clé de l'agence ; la date à laquelle l'individu a commencé à recevoir des services de l'établissement ou du programme ; et l'SOA qui gère, autorise ou certifie l'établissement ou le programme (OPWDD, OMH, OASAS, OCFS, DOH ou SED).

Remarque : Partout où une option de calendrier apparaît, il est possible d'accéder rapidement aux mois et aux années en cliquant sur le mois/l'année en haut et au centre du calendrier.

Section 2: Informations sur le destinataire

Cette section nécessite des informations essentielles sur la personne, y compris sa relation avec l'agence déclarante, la relation de la personne avec d'autres prestataires connus, les diagnostics existants et les médicaments pris au moment de son décès, et les récentes visites médicales/psychiatriques/de toxicomanie à un service d'urgence. Chambre (ER) ou hospitalisations requises.

Les informations concernant la relation entre l'organisme et la personne tentent de distinguer le niveau de soins fourni à la personne, qui peut aller de l'hospitalisation/institutionnalisation, à la résidence communautaire, en passant par les services ambulatoires uniquement. Pour remplir cette section, sélectionnez le choix qui décrit le mieux la relation entre l'organisme et le défunt au moment du décès. Si le même organisme a fourni une multitude de services à la personne, le cadre de traitement le plus intensif doit être pris en compte pour remplir cette section. Si la personne a bénéficié d'un quelconque niveau de service résidentiel, le type de programme doit également être indiqué (exemples : Programmes OPWDD : ICF, IRA ; programmes OMH : Article 28 Hôpital, Article 31 Hôpital, CR ; Programmes OASAS : Service de réadaptation pour les patients hospitalisés, MMTP ; Programmes OCFS : Centre de détention sécurisé, RTC ; Programmes DOH : Foyer pour les adultes ; SED : École de la loi spéciale). Cette section tente également d'obtenir des informations sur les autres fournisseurs de services, s'ils sont connus.

Tous les diagnostics existants (médicaux, toxicomanie et psychiatrie) et les médicaments prescrits à la personne au moment de son décès doivent être identifiés de manière précise et complète dans cette section. Si les codes ICD correspondants aux diagnostics de l'individu sont disponibles, ils peuvent être saisis, mais ils ne sont pas obligatoires. Les maladies ou affections qui n'ont pas été diagnostiquées avant le décès de la personne, mais qui ont été découvertes à la suite d'une autopsie ou d'un examen médical, ne doivent pas être enregistrées dans cette section. En outre, les visites aux urgences et/ou les hospitalisations les plus récentes doivent être indiquées dans cette section.

Section 3 : Données sur les décès

Cette section exige des informations spécifiques concernant le décès de l'individu, y compris la manière et la cause médicalement déterminées du décès de l'individu, le lieu du décès et les événements potentiels précédant immédiatement le décès de l'individu.

La date précise du décès, l'heure réelle ou prononcée du décès, ainsi que l'adresse et la classification du lieu du décès sont demandées dans cette section. Il est entendu que le niveau de service fourni à la personne au moment du décès aura une incidence directe sur la capacité de l'organisme à fournir ces renseignements. Bien que l'heure réelle du décès de la personne soit préférable, selon la nature des services fournis à la personne, une heure officielle de décès prononcée par un professionnel de la santé (ou une personne désignée) peut être la meilleure information disponible. De même, l'adresse spécifique de l'endroit où le décès a eu lieu et la classification du lieu seront complétées au mieux des capacités du déclarant :

- Communauté (résidence privée de l'individu, résidence d'un membre de la famille, emplacement général de la communauté)
- Hôpital

- Programme (programme de jour exploité, autorisé ou certifié ou autre cadre non résidentiel)
- Residence (milieu résidentiel exploité, autorisé ou certifié)
- Inconnu (le lieu précis où le décès est survenu est inconnu du déclarant)

La cause du décès (COD) et le mode de décès (MOD) de la personne doivent être fournis par une source fiable, de préférence par un certificat de décès, un résumé d'hôpital ou un rapport verbal d'un coroner ou d'un médecin légiste. À moins que la documentation médicale ne le spécifie directement, "Arrêt cardio-pulmonaire" ne doit pas être fourni en tant que COD ; Un arrêt cardio-pulmonaire survient à chaque décès. Il est entendu que ces informations peuvent ne pas être connues ou disponibles, notamment pour les personnes ayant reçu des services non résidentiels. Si tel est le cas, l'indisponibilité de ces informations doit être reflétée dans le formulaire avec une explication ; les éléments ne doivent pas être laissés en blanc.

Les informations restantes dans cette section du formulaire nécessitent des informations supplémentaires concernant les circonstances immédiates qui ont mené au décès de la personne. Les informations indiquant si la personne avait des ordonnances légales DE NE PAS intuber (DNI)/ne pas réanimer (DNR) ou si elle avait reçu des médicaments d'urgence pour des raisons comportementales/psychiatriques dans les 24 heures suivant le décès doivent être facilement identifiées par les fournisseurs de services résidentiels, mais peuvent ne pas être connus en ambulatoire fournisseurs.

Section 4 : Résumé descriptive

Cette section exige des informations spécifiques sur la présentation médicale, psychiatrique et comportementale de la personne 90 jours avant son décès. Selon le niveau de service fourni à l'individu, des informations spécifiques sont requises concernant les problèmes médicaux et psychiatriques de routine ayant conduit au décès de l'individu, la supervision et les mesures de protection de l'alimentation en place pour l'individu pendant cette période, et une illustration de tout changement majeur dans la fourniture de services/traitement/fonctionnement qui s'est produit avec l'individu.

Les informations sur les soins médicaux courants de la personne reflèteront simplement la présence de l'intervention du fournisseur médical auprès de la personne et les consultations les plus récentes avec le fournisseur. Dans la plupart des cas, l'identification de problèmes médicaux ou psychiatriques aigus au cours des 90 derniers jours reflétera simplement la présence des problèmes spécifiés, à l'exception de la prise/perte de poids et du changement des habitudes intestinales. Ces problèmes nécessiteront des informations concernant la gravité de ce changement d'état (exemple : la personne a pris 35 livres au cours des 90 derniers jours ; on a découvert que la personne avait une obstruction intestinale partielle 7 jours avant le décès).

Les renseignements sur les mesures de protection en place pour la personne comprendront, sans s'y limiter, une description du niveau de surveillance prescrit que la personne recevait et de tout changement apporté à ce niveau de surveillance (exemple : le niveau de surveillance de la personne est passé de contrôles de 15 minutes à une surveillance constante deux jours avant le décès en raison d'un nombre accru d'épisodes comportementaux ; la personne était dans un centre de détention sécurisé et était surveillée visuellement en tout temps, sauf pendant les heures de nuit, où elle était enfermée dans sa chambre).

Les informations sur le régime alimentaire fournies seront les précautions ordonnées médicalement pour l'individu servi, ainsi qu'une évaluation initiale pour savoir si les précautions alimentaires étaient respectées au moment du décès de l'individu.

Tout changement identifié dans les services, le régime de traitement et les niveaux de fonctionnement de la personne sera illustré par des cases à cocher simples dans le formulaire, et devra ensuite être décrit dans le champ descriptif suivant. Toute autre information contenue dans le formulaire qui nécessite une clarification ou une explication supplémentaire doit être fournie dans ce champ, ainsi que toute autre information qui peut être un facteur d'illustration ou d'explication. toute autre information qui peut contribuer à illustrer/expliciter les circonstances et/ou la cause du décès de la personne. Pour les décès soudains ou inattendus survenus dans une unité d'hospitalisation ou dans un établissement résidentiel, les informations sur l'état du corps et les facteurs environnementaux sont souvent importantes pour les enquêteurs et doivent être notées et enregistrées dans ce champ.